

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1919-1920. — N° 307

CONDUITE A TENIR
dans les cas
DE
Fluxion Dentaire

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 10 juillet 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

JEAN LE PAUMIER

Né le 1^{er} décembre 1893, à Rochefort-sur-mer



LYON
IMPRIMERIE EXPRESS

46, rue de la Charité, 46

—
1920

CONDUITE A TENIR

dans les cas

DE

FLUXION DENTAIRE

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
J. LEPINE..... ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, PIERRET, POLLOSSON M.,
BEAUVISAGE, LACASSAGNE, MORAT, TESTUT.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	MM. TEISSIER
Cliniques chirurgicales.....	ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements.....	BARD
Clinique ophtalmologique.....	TIXIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	BERARD
Clinique des maladies nerveuses et mentales.....	FABRE
Clinique des maladies des enfants.....	ROLLET
Clinique des maladies des femmes.....	NICOLAS
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	LEPINE (J.)
Chimie biologique.....	WEILL
Chimie organique et Toxicologie.....	POLLOSSON (A.)
Matière médicale et Botanique.....	CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	HUGOUNENQ
Anatomie.....	MOREL
Anatomie générale et Histologie.....	MOREAU
Physiologie.....	GUIART
Pathologie interne.....	LATABJET
Pathologie et Thérapeutiques générales.....	POLICARD
Anatomie pathologique.....	DOYON
Médecine opératoire.....	COLLET
Médecine expérimentale et comparée.....	MOURIQUAND
Médecine légale.....	PAVIOT
Hygiène.....	X...
Thérapeutique.....	ARLOING (F.)
Pharmacologie.....	ETIENNE MARTIN
	COURMONT (P.)
	PIC
	FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Maladies des oreilles, du nez et du larynx.....	MM. LANNOIS
Pathologie externe.....	VALLAS
Maladies des voies urinaires.....	ROCHET
Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Chimie minérale.....	MM. BARRAL,	agrégé
Chirurgie infantile.....	NOVE-JOSSERAND,	—
Accouchements.....	COMMANDEUR,	—
Embryologie.....	X...	—
Anatomie topographique.....	PATEL,	—
Botanique.....	BRETIN,	—
Chirurgie expérimentale.....	VILLARD,	—
Clinique infantile.....	X...	—
Déontologie et médecine professionnelle.....	X...	—

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	LERICHE	FROMENT	BONNAMOUR,
COMMANDEUR	THEVENOT (Léon)	THEVENOT (Lucien)	chargé des fonctions
NEVEU-LEMAIRE	TAVERNIER	PIERY	SARVONAT id.
LAROYENNE	CADE	COTTE	FAVRE id.
VORON	GUILLEMARD	DUROUX	GRAVIER id.
NOGIER	GARIN		ROUBIER id.
BRETIN	SAVY		

M. BAYLE, secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. TIXIER, *Président*; ROCHET, *Assesseur*;
MM. LAROYENNE et NOGIER, *Agrégés*.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

CONDUITE A TENIR
dans les cas
DE
Fluxion Dentaire

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 10 juillet 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

JEAN LE PAUMIER

Né le 1^{er} décembre 1893, à Rochefort-sur-Mer

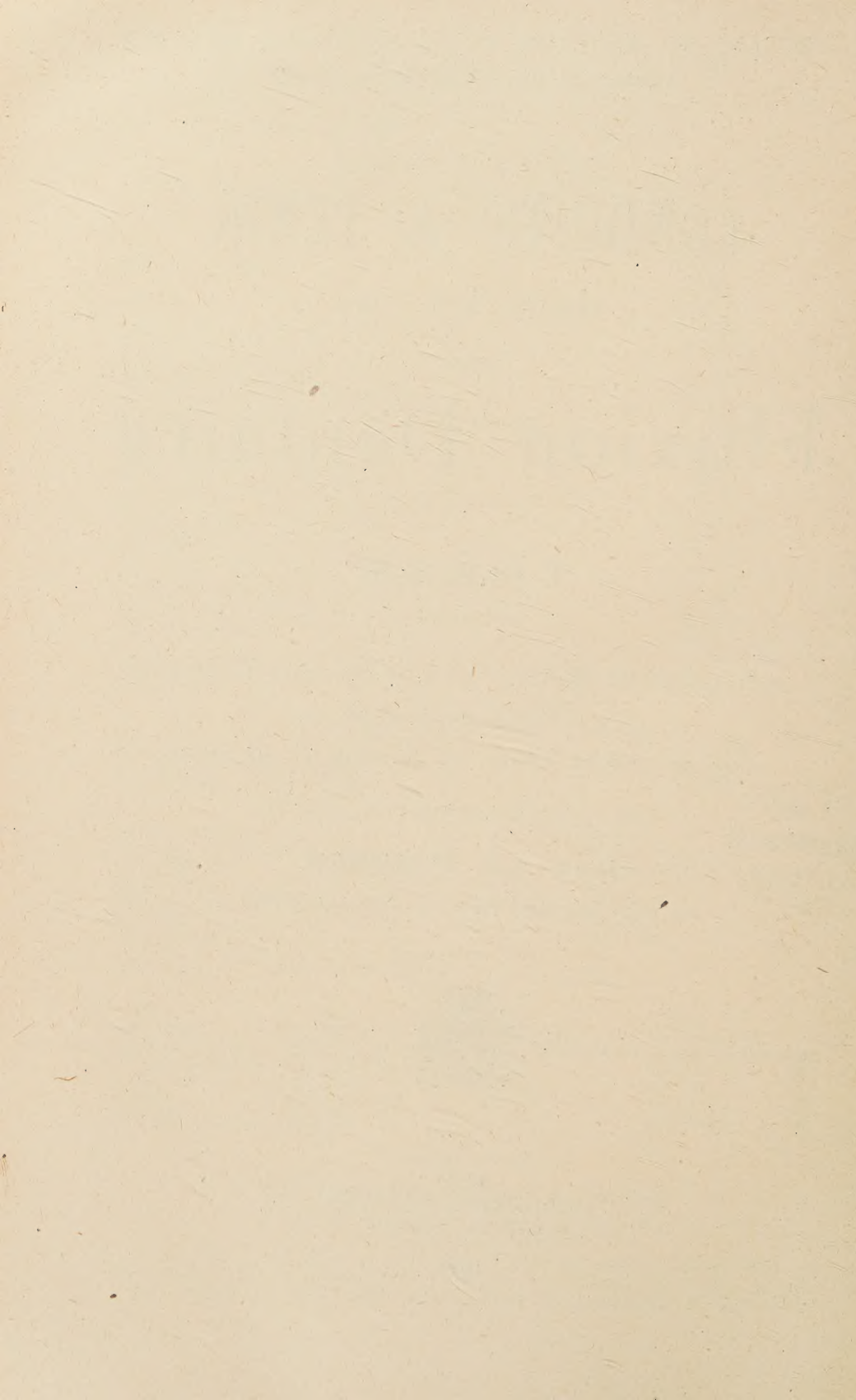


LYON
IMPRIMERIE EXPRESS

46. rue de la Charité, 46

1920





A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE ANDRÉ

*Soldat au 125^e Régiment d'Infanterie
Mort au champ d'honneur (Août 1914)*

A MA MÈRE

A MON FRÈRE ET A MA SŒUR

A MES PARENTS ET A MES AMIS

A M. LE PROFESSEUR COLLET

*Professeur à la Faculté de Lyon
Médecin des Hôpitaux*

A. M. LE PROFESSEUR TIXIER

*Professeur à la Faculté de Lyon
Chirurgien des Hôpitaux.
Chevalier de la Légion d'honneur*

Qui nous fait le grand honneur de
présider notre thèse. Nous le prions
d'agréer l'hommage de nos plus res-
pectueux remerciements.

A MES JUGES

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE LYON
ET DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE POITIERS

A M. LE DOCTEUR PONT

Directeur de l'Ecole dentaire de Lyon

*Médecin chef du Centre de Restauration Maxillo-Facial
de la XIV^e Région*

Chevalier de la Légion d'honneur

Qui nous a toujours témoigné la plus grande bienveillance et nous a prodigué ses conseils. Nous le prions de vouloir bien accepter la dédicace de ce travail, qu'il nous a inspiré, en témoignage de notre gratitude respectueuse.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

AVANT-PROPOS

Le titre de cette thèse en masque un peu la portée. Il s'agit, avant tout, — et c'en est là la véritable idée directrice dont M. le D^r Pont a si bien su nous pénétrer — de détruire un lamentable préjugé qui est ancré dans l'esprit du peuple et qui, trop souvent encore, guide beaucoup de médecins dans la conduite à tenir vis-à-vis des très nombreux cas de fluxion dentaire.

Dans tous les cas de fluxion, au lieu d'aller trouver le praticien qui avisera à faire le nécessaire, il est presque de règle dans le public d'attendre: le malade s'abstient de tout traitement ou plutôt se contente de se calfeutrer dans sa chambre et de rester au coin du feu dans un fauteuil. La tête et les mâchoires protégées par une bonne épaisseur de coton, par des foulards et des bandeaux, il accepte stoïquement la souffrance et attend que la maudite fluxion en cause, par des compresses humides ou des cataplasmes de tous genres, arrive à résolution. Il ira alors trouver le spécialiste et s'excusera de ne pas être venu: « J'avais la joue enflée! » Il y a lieu de faire tous nos efforts pour détruire cette légende et déraciner ces idées qui ont trop souvent de graves conséquences.

Le D^r Sauvez, dans son remarquable rapport lors du Congrès dentaire de Lyon, de 1898, et le D^r Mendel, lors du troisième Congrès dentaire national, ont montré d'une façon péremptoire les avantages de l'intervention précoce dans les cas d'abcès et de fluxions dentaires. Malheureusement, bon nombre de praticiens de cette époque refusèrent de les suivre dans cette voie. Leur raison était celle du professeur S. Duplay qui répondait au D^r Mendel : « Je n'hésite pas à conseiller, dans les cas de périodontite aiguë suppurative, l'avulsion tardive de la dent de préférence à l'avulsion précoce. Cette dernière, à mon avis, exposerait à des accidents et mieux : à des dangers sérieux... »

De nos jours encore, beaucoup trop de praticiens persistent à ne pratiquer l'extraction que lorsque tous les phénomènes aigus ont entièrement disparu. Ils redoutent les accidents post-opératoires. Mais, comme disait parfaitement le D^r Mendel : « ... Condamner une opération en lui imputant les erreurs et les fautes commises par l'opérateur, rien n'est plus facile... ». C'est donc là réellement une pure question de principe, d'opinion préconçue !

Certains préjugés, de même que certaines coutumes, ont droit de vivre, car la pratique et l'expérience sont venues dans la suite justifier leur empirisme, mais celui que nous attaquons ici doit s'effacer peu à peu parce qu'il est contraire aux notions actuelles qui en ont démontré d'une façon péremptoire les pénibles conséquences.

Nous étudierons ici tout d'abord les fluxions dentaires et non seulement leurs symptômes mais leur étiologie et leur pathogénie pour montrer que le traitement dentaire précoce en découle logiquement. Nous verrons, en effet,

que le centre de l'infection, cause directe de la plupart des fluxions, se trouve à la pointe de la racine et gagne ensuite le fond de l'alvéole; ce liquide purulent, ne trouvant pas une voie d'évacuation suffisante, se crée une voie de diffusion dans les tissus mous environnants et amène ainsi la formation de la fluxion.

Le véritable traitement sera donc celui qui atteindra ce foyer et permettra de le détruire. Il consistera dans l'extraction immédiate et complète de la dent, si celle-ci est irrémédiablement condamnée ou si le traitement conservateur est contre-indiqué pour une raison quelconque. Dans tous les autres cas, nous instituerons ce dernier par trépanation de la dent et drainage à travers le canal radiculaire.

Nous terminerons en précisant ce que doivent être ces deux interventions en elles-mêmes, quelles sont leurs indications principales et leurs contre-indications possibles, enfin quelles précautions d'asepsie et d'antisepsie sont indispensables pour éviter les complications post-opératoires signalées dans quelques cas.

Avec M. le D^r Pont, nous concluons à l'opportunité de ce traitement précoce en montrant les dangers sérieux qui peuvent résulter de tentatives intempestives et exagérées de conservation de la dent ou d'essais obstinés de résolution de la fluxion.

CHAPITRE PREMIER

Étude des Fluxions dentaires

1. — DÉFINITIONS DE LA CARIE ET DE LA FLUXION

La fluxion dentaire n'est pas une affection bien définie et bien limitée. La lésion que l'on désigne sous ce nom n'est, en somme, qu'un stade de l'évolution d'une phlegmasie, qui, lorsqu'elle est complète, aboutit à l'abcès ou au phlegmon. Sa dénomination même semble impropre, car le mot fluxion éveille l'idée d'un simple apport de liquide ou de gaz en un point de l'organisme sans pour cela qu'il y ait réaction vive et d'une « tuméfaction dont le caractère propre est d'être mobile, d'apparaître ou de disparaître plus ou moins rapidement, quelle que soit, d'ailleurs, sa durée, de cesser sur un point pour se produire sur un autre, ce qui n'arrive pas à la congestion passive et à l'inflammation » (1). C'est ainsi que la définit le D^r Frey: « une inflammation des parties molles

(1) DECHAMBRE, *Dictionnaire*.

à des degrés différents, depuis le simple œdème jusqu'au phlegmon circonscrit ou diffus ».

La carie dentaire est une affection microbienne des tissus de la dent amenant progressivement, de la périphérie au centre, la décalcification et la fonte de leurs éléments cellulaires. Lorsque la pulpe coronaire et radiculaire est détruite en totalité, la carie est dite du quatrième degré. Généralement alors, l'infection dépasse les limites de la région dentaire et provoque dans les tissus voisins diverses complications: l'arthrite alvéolo-dentaire et les fluxions consécutives en sont les principales. Ces dernières sont donc provoquées par l'infiltration de sérosité et — ce qui les distingue encore des autres phlegmasies de l'organisme — de gaz putrides dans le tissu conjonctif péri-dentaire. Cette infiltration, en se développant, amène rapidement un œdème muqueux puis cutané, d'où une enflure de la face dont la peau tendue est lisse et rosée.

L'évolution totale de la phlegmanie fluxionnaire comporte une série de phases qui se succèdent, s'enchevêtrent et dont les limites ne peuvent être fixées que conventionnellement.

On distingue généralement: *une période œdémateuse*, correspondant à la *fluxion œdémateuse*, caractérisée par la simple infiltration du tissu conjonctif par le sérosité — et là *période phlegmoneuse* correspondant à la *fluxion phlegmoneuse*, caractérisée par la formation du pus qui se collecte en un point puis gagne la peau ou la muqueuse buccale (*abcès*) ou bien se diffuse le long des plans du tissu cellulaire lâche (*phlegmon diffus*).

L'abcès et le phlegmon diffus constituent donc la troisième étape de l'évolution de cette phlegmasie et le nom

de fluxion dentaire est réservé pour désigner les deux premières. Ce sont celles que nous allons étudier.

2. — ETIOLOGIE

Différentes affections dentaires, liées elles-mêmes à des causes diverses, peuvent donner lieu à des fluxions.

La cause la plus ordinaire de la fluxion est l'*arthrite alvéolo-dentaire* « et l'on peut dire que, sauf peut-être les cas de traumatisme des mâchoires ou quelques formes d'accidents de la dent de sagesse, toute fluxion reconnaît invariablement pour cause cette lésion » (1).

L'arthrite alvéolo-dentaire ou périodontite est l'inflammation de l'articulation de la dent avec son alvéole. Cette inflammation est le résultat d'une infection dont la porte d'entrée peut être trouvée soit au niveau de l'interligne articulaire, c'est-à-dire au collet de la dent (corps étrangers septiques: arête de poisson, soie de brosse à dents, etc...) — ce qui est rare — soit au niveau de l'apex de la racine dent, le plus souvent cariée au quatrième degré, dont la pulpe infectée a transmis l'infection à l'articulation — c'est le cas de beaucoup le plus fréquent. Cette inflammation se propage ensuite du ligament alvéolo-dentaire aux tissus mous et ne peut gagner ceux-ci sans avoir intéressé ce ligament. Elle envahit ensuite les gencives et les tissus voisins.

Il en résulte donc que toutes les lésions dentaires capables de donner naissance à la périodontite, pourront, de ce fait, créer la phlegmasie fluxionnaire.

(1) MAGITOT : Article Fluxion, *Dictionnaire Dechambre*.

Celles-ci peuvent être :

1° *Spontanées*, c'est-à-dire sans causes appréciables, sur des dents ne présentant aucune lésion antérieure apparente;

2° *Traumatiques* : chocs, mastication, tentatives de redressement de la dent, écartement des dents, obturations faites avec violence. Par suite d'un vice d'articulation des dents naturelles ou d'un appareil de prothèse mal fait, par suite de chocs légers mais fréquents et répétés, la dent est fréquemment ébranlée et, à la longue, se forme une arthrite chronique.

Le D^r Pont cite dans un article de l'*Odontologie* (1900) (1) deux observations montrant que des traumatismes parfois insignifiants en apparence mais souvent répétés peuvent amener des lésions dentaires assez graves, en particulier l'exemple typique « d'une couturière habituée de couper le fil avec les dents, se présentant avec une grosseur siégeant dans le repli gingivo-labial au-dessous des incisives centrales inférieures. Deux ans auparavant, elle avait éprouvé une douleur assez vive à ce niveau. Depuis cette époque, les dents commencèrent à s'ébranler et tout d'un coup les douleurs réapparurent, mais cette fois accompagnées d'un gonflement assez notable de la région mentonnière. Il existait une petite fistule gingivale située à la partie inférieure de la tumeur. La pression faisait perdre par l'orifice fistuleux un liquide séro-purulent... »

(1) D^r PONT: Deux cas de fistule dentaire consécutive à une nécrose de la pulpe par traumatisme (*Journal Odontologie*, 15 décembre 1900).

3° *Consécutives à une lésion dentaire antérieure :*

a) Soit une pulpite et une nécrose de la pulpe, l'inflammation se propageant au ligament par contiguïté au niveau de l'apex;

b) Ou bien, la pulpe s'étant éliminée entièrement et les canaux vidés, pénétration par ces canaux de substances septiques qui arrivent au contact du ligament.

4° *Consécutives à une phlegmasie de voisinage* (gingivite) qui se propage par continuité au ligament alvéolo-dentaire.

Une autre série d'accidents peuvent aboutir à la formation de fluxions et, dans la suite, d'abcès. Ce sont les *accidents d'éruption des dents temporaires ou de certaines dents permanentes* et en particulier des *dents de sagesse*.

Toutes les dents, en effet, pendant leur éruption, peuvent donner lieu à divers phénomènes allant du simple érythème de la gencive jusqu'à la suppuration. Mais ce sont les dents de sagesse surtout, particulièrement les inférieures, qui produisent ces accidents souvent assez graves.

La troisième cause importante des fluxions dentaires est la *polyarthrite alvéolo-dentaire* ou maladie de Fauchard, désignée également par les uns sous le nom de pyorrhée alvéolaire, par d'autres sous le nom de gingivite expulsive. C'est « une arthrite suppurée progressant du collet vers l'apex des dents, évoluant sur un terrain généralement arthritique et dont la marche est favorisée par toutes les causes d'irritation locale » (D^r Frey). Ce qui la caractérise, c'est son évolution essentiellement lente, des poussées inflammatoires venant interrompre le cours véri-

tablement chronique de cette affection. Elle est, de ce fait, la source fréquente de fluxions à répétition dont les complications quelquefois graves (on a vu de vastes phlegmons de la joue succéder à une fluxion produite par la pyorrhée alvéolaire) ne peuvent que motiver un traitement et une intervention précoces.

3. — PATHOGÉNIE

Nous étudierons le mécanisme de la formation de la fluxion et la marche de cette phlegmasie en partant des trois grandes causes précédemment établies.

Prenons d'abord comme origine de la phlegmasie fluxionnaire la *périodontite*. Il est nécessaire de rappeler quelles sont les lésions anatomo-pathologiques de la périodontite dont on observe :

a) Une forme aiguë et subaiguë. L'inflammation est, en général, limitée à la région périapicale et s'étend rarement à tout le ligament. Les vaisseaux sanguins sont congestionnés, dilatés et la région enflammée tranche, par coloration rougeâtre, sur le reste de l'articulation.

b) Une forme purulente ou phlegmoneuse. Il y a suppuration du ligament dont la trame désorganisée et ramollie est infiltrée de pus. Le pus remplit l'alvéole.

c) Une forme chronique, généralement localisée au sommet. Elle consiste en une petite cavité enkystée contenant du pus ou de la sérosité coiffant l'apex de la racine. Le ligament est épaissi, infiltré de pus ou de produits inflammatoires.

Ces différentes formes de périodontite ne donnent pas

toutes naissances à la fluxion: celle-ci n'apparaît qu'à l'occasion de la forme purulente, dont elle constitue en quelque sorte le stade primitif, ou de la poussée aiguë de la forme chronique. En effet, pour que la fluxion se produise, il est nécessaire que le liquide purulent soit en contact avec les parois osseuses alvéolaires (d'où l'ostéite et plus tard la nécrose limitée du bord alvéolaire).

Suivant la direction dans laquelle fusera ce liquide purulent à travers les tissus, suivant le siège et le point de départ de la phlegmasie consécutive, l'œdème observé sera ou muqueux ou cutané. A un stade plus avancé de l'affection, le pus infiltrant peu à peu les mailles du tissu connectif, cet œdème prendra la forme phlegmoneuse, deuxième stade de la fluxion dentaire.

Passons aux accidents d'évolution des dents et, en particulier, des dents de sagesse. Comment se produit la fluxion consécutive ?

La pathogénie de ces accidents a été longtemps attribuée à une simple action mécanique. C'est la théorie soutenue par Magitot (*Gaz. Hôpitaux*, 1869). On admettait alors que la dent rencontrant devant elle des obstacles dus aux parties molles (gencives plus épaisses à 20 ans que dans la première année de la vie) et aux parties dures (alvéole insuffisamment grande par suite de la présence de l'apophyse coronoïde) était gênée dans son évolution, d'où: gingivite et ostéite traumatiques. A la suite de la thèse de Cornudet, développant les idées de son maître Redier, la théorie infectieuse a succédé à la théorie mécanique. Pour que ces accidents éclatent, il faut une lésion de la gencive: la riche flore microbienne buccale l'ensemence et l'infection peut alors se propager.

Le D^r Capdepon (Revue de Stomatologie, 1901), tout en admettant avec tous la théorie infectieuse, interprète les accidents un peu différemment. Pour lui, ils seraient dus à l'infection du sac folliculaire, dans lequel, avant leur éruption, les dents sont incluses. Ce sac persisterait anormalement et son infection serait le point de départ de la phlegmasie fluxionnaire.

Quoi qu'il en soit de ces deux pathogénies, l'infection subsiste et sa propagation directe dans les tissus explique les complications observées: Dans les cas fréquents et bénins, la muqueuse qui recouvre et avoisine la dent de sagesse est rouge, tuméfiée; dans les cas plus sérieux, le capuchon gingival est ulcéré, bourgeonne et laisse écouler un flot de pus lorsqu'on le soulève. L'articulation alvéolo-dentaire peut être envahie soit primitivement, soit consécutivement aux lésions gingivales; on observe alors tous les signes de l'arthrite alvéolo-dentaire et c'est elle qui se complique si souvent de fluxion et d'abcès.

L'infection est encore à base de mécanisme qui permet d'expliquer la formation de la phlegmasie fluxionnaire consécutive à la pyorrhée alvéolaire. La maladie de Fauchard, tout en ayant comme facteur prédisposant principal l'arthritisme ou le diabète, a une origine essentiellement microbienne. En effet, son début est gingival, la gingivite en est le premier stade: les microbes pénètrent par une lésion de la muqueuse au niveau du collet chez ces sujets prédisposés et de là gagnent l'apex et le fond de l'alvéole. Il suffira alors — et cela se produit fréquemment — que ce pus ne trouve pas une évacuation suffisante et il se créera une nouvelle voie de diffusion, d'où les stades inflammatoires: fluxion, puis abcès.

Enfin, d'une manière générale, lorsqu'il y a infection des canaux, si ceux-ci et par suite la chambre pulpaire communiquent avec l'extérieur, il n'y a pas fluxion; dans le cas contraire, il y a rétention du liquide purulent et de gaz, c'est-à-dire formation de la phlegmasie fluxionnaire. Pareillement s'expliquent les fluxions consécutives à l'obturation précipitée d'une dent cariée incomplètement désinfectée.

Donc, à la base même de la pathogénie de la fluxion, il y a généralement l'infection à point de départ dentaire et la comparaison de la fluxion et du panaris est saisissante: la dent infectée joue dans la première le même rôle que le corps étranger, que l'écharde dans le panaris; tant que ce foyer septique subsistera, la phlegmasie évoluera. Déjà l'étude de la pathogénie nous fait concevoir ainsi l'opportunité d'une intervention précoce.

Citons, pour terminer, le mécanisme un peu spécial de la production de certaines fluxions dentaires observées (D^r Pont) après extraction et anesthésie locale à la cocaïne adrénaline ou novocaïne adrénaline. Elles semblent être la conséquence soit de l'infection soit uniquement de l'injection par troubles circulatoires et stase sanguine.

4. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les lésions histologiques de la fluxion sont identiques à celles qui prennent naissance à l'occasion des autres phlegmasies. Au point de vue anatomo-pathologique, la fluxion est une inflammation des parties molles à des degrés différents, depuis le simple œdème jusqu'au phlegmon circonscrit ou diffus, la laxité du tissu cellulaire

facilitant l'extension considérable du gonflement œdémateux.

5. — BACTÉRIOLOGIE

Les microorganismes que l'on rencontre dans le pus et les tissus œdématisés sont les microbes pyogènes ordinaires: les divers staphylocoques, les streptocoques, très souvent le tétragène sous ses diverses formes septiques; quelquefois du leptothrix, du pneumocoque, du bacille de Koch: bref, tous les microbes qui constituent la flore buccale dont la richesse est remarquable. Comme disait Netter: « Il n'y a pas de foyer intrinsèque aussi important que la bouche et pour la qualité des microbes qu'il renferme et pour la situation qu'il leur fournit. » Rarement isolés, ces différents agents microbiens pathogènes sont presque toujours associés et leur virulence varie avec leur mode d'association, ce qui donne aux inflammations d'origine dentaire une si grande variété dans leurs caractères cliniques et leur gravité.

6. — SYMPTÔMES

Dans le cas de *fluxion œdémateuse simple*, on observe une tuméfaction de la joue si une molaire en est le point de départ; de la lèvre, au contraire, si une des dents antérieures est en cause. Cette tuméfaction est peu douloureuse, même à la pression, sans chaleur, de couleur normale ou légèrement rouge. Au niveau des régions où le tissu cellulaire lâche présente une laxité particulière, comme les paupières et les lèvres, le gonflement peut être considérable. En général, il apparaît subitement en quel-

ques heures sans qu'aucun prodrome ait pu en faire prévoir la production. Par suite de la périodontite en cause, la dent malade est douloureuse spontanément et à la percussion, rendant la mastication difficile.

La *forme phlegmoneuse* présente des symptômes plus caractérisés. Le malade est méconnaissable, le gonflement est considérable. S'il s'agit d'une dent molaire supérieure, la joue est distendue, gonflée, l'œil est parfois tout à fait fermé. S'il s'agit d'une des dents antéro-supérieures, la lèvre supérieure est énorme, atteignant trois ou quatre fois son volume normal, le pli naso-génien est effacé, la paupière inférieure est distendue, bleuâtre. S'il s'agit d'une des dents molaires inférieures, c'est la partie inférieure de la face qui est œdématiée, le rebord saillant du maxillaire disparaissant presque complètement; quelquefois la fluxion descend jusqu'à la clavicule, obligeant le malade à incliner la tête du côté malade. La douleur est vive, lancinante et pulsatile, exaspérée par la pression et accompagnée d'une sensation de raideur et de tension pénible. On observe des irradiations douloureuses du côté de l'oreille, de la tempe ou de la nuque. Les ganglions sous-maxillaires sont tuméfiés et douloureux, constituant souvent de larges placards indurés. Le malade, généralement, ne peut ouvrir la bouche au delà d'une certaine limite, du trismus s'observe dans bien des cas et accompagne en particulier les fluxions consécutives aux accidents d'éruption des dents de sagesse. Enfin, la langue est saburrale et la gencive est gonflée, d'un rouge plus ou moins intense, sa palpation n'est pas supportable.

Quelques phénomènes généraux accompagnent l'évolution de la fluxion: on note de légers frissons, de l'insomnie,

facilitant l'extension considérable du gonflement œdémateux.

5. — BACTÉRIOLOGIE

Les microorganismes que l'on rencontre dans le pus et les tissus œdématisés sont les microbes pyogènes ordinaires: les divers staphylocoques, les streptocoques, très souvent le tétragène sous ses diverses formes septiques; quelquefois du leptothrix, du pneumocoque, du bacille de Koch: bref, tous les microbes qui constituent la flore buccale dont la richesse est remarquable. Comme disait Netter: « Il n'y a pas de foyer intrinsèque aussi important que la bouche et pour la qualité des microbes qu'il renferme et pour la situation qu'il leur fournit. » Rarement isolés, ces différents agents microbiens pathogènes sont presque toujours associés et leur virulence varie avec leur mode d'association, ce qui donne aux inflammations d'origine dentaire une si grande variété dans leurs caractères cliniques et leur gravité.

6. — SYMPTÔMES

Dans le cas de *fluxion œdémateuse simple*, on observe une tuméfaction de la joue si une molaire en est le point de départ; de la lèvre, au contraire, si une des dents antérieures est en cause. Cette tuméfaction est peu douloureuse, même à la pression, sans chaleur, de couleur normale ou légèrement rouge. Au niveau des régions où le tissu cellulaire lâche présente une laxité particulière, comme les paupières et les lèvres, le gonflement peut être considérable. En général, il apparaît subitement en quel-

ques heures sans qu'aucun prodrome ait pu en faire prévoir la production. Par suite de la périodontite en cause, la dent malade est douloureuse spontanément et à la percussion, rendant la mastication difficile.

La *forme phlegmoneuse* présente des symptômes plus caractérisés. Le malade est méconnaissable, le gonflement est considérable. S'il s'agit d'une dent molaire supérieure, la joue est distendue, gonflée, l'œil est parfois tout à fait fermé. S'il s'agit d'une des dents antéro-supérieures, la lèvre supérieure est énorme, atteignant trois ou quatre fois son volume normal, le pli naso-génien est effacé, la paupière inférieure est distendue, bleuâtre. S'il s'agit d'une des dents molaires inférieures, c'est la partie inférieure de la face qui est œdématiée, le rebord saillant du maxillaire disparaissant presque complètement; quelquefois la fluxion descend jusqu'à la clavicule, obligeant le malade à incliner la tête du côté malade. La douleur est vive, lancinante et pulsatile, exaspérée par la pression et accompagnée d'une sensation de raideur et de tension pénible. On observe des irradiations douloureuses du côté de l'oreille, de la tempe ou de la nuque. Les ganglions sous-maxillaires sont tuméfiés et douloureux, constituant souvent de larges placards indurés. Le malade, généralement, ne peut ouvrir la bouche au delà d'une certaine limite, du trismus s'observe dans bien des cas et accompagne en particulier les fluxions consécutives aux accidents d'éruption des dents de sagesse. Enfin, la langue est saburrale et la gencive est gonflée, d'un rouge plus ou moins intense, sa palpation n'est pas supportable.

Quelques phénomènes généraux accompagnent l'évolution de la fluxion: on note de légers frissons, de l'insomnie,

l'avulsion précoce de la dent empêchera le redoutable accident de la gangrène de la bouche.

Toutes ces complications, dont des observations nombreuses ont été publiées, démontrent donc d'une façon catégorique la valeur et l'importance de l'intervention précoce.

CHAPITRE II

Traitement des Fluxions dentaires

Nous considérerons les deux stades de la fluxion dentaire, mais sans nous arrêter outre mesure sur la fluxion œdémateuse qui correspond aux cas bénins courants de guérison facile.

1. — FLUXION ŒDEMATEUSE

A ce stade on cherchera à amener la résolution de cette fluxion bénigne. Celle-ci se produit d'ailleurs presque spontanément en 4 ou 5 jours dans les cas légers. Pour l'aider, on pratiquera, comme traitement local, des scarifications sur la gencive qui agiront en décongestionnant la région par l'émission sanguine et amèneront souvent ainsi un soulagement rapide du malade. Divers révulsifs, pointes de feu ou applications iodées pourront les remplacer le plus souvent.

Toutefois, même à ce stade déjà, un traitement dentaire immédiat est salutaire. C'est ainsi que la désobtu-

ration de la dent, s'il s'agit d'une dent bouchée, ou sa trépanation, s'il s'agit d'une dent morte, arrêteront, dès le début, l'évolution de la phlegmasie fluxionnaire.

S'il s'agit d'une dent non obturée, atteinte de carie, on la curettera et si elle est irrémédiablement condamnée, on n'hésitera pas à en pratiquer l'extraction immédiate. A ce stade ce sera un traitement curatif radical de la fluxion et préventif en même temps des complications phlegmoneuses possibles.

II. — FLUXION PHLEGMONEUSE

1° OPPORTUNITÉ DE L'INTERVENTION PRÉCOCE

A ce stade doit-on pratiquer l'intervention immédiate ou attendre que la phlegmasie ait évolué jusqu'à l'abcès ? Doit-on attendre, comme le veut la sagesse populaire, que tous les phénomènes aigus aient entièrement disparu pour intervenir sur la dent en cause ?

C'est la question même que le D^r Mendel posa lors du Congrès de Paris de 1897. Les opinions, à ce moment-là, furent très partagées et les professeurs Berger et Duplay se montrèrent adversaires déclarés de l'intervention précoce, mais les remarquables exposés du D^r Sauvez et du D^r Mendel, et les nombreuses publications de cas guéris par l'extraction judicieuse de la dent rallièrent des partisans. Aujourd'hui, nous pouvons dire que la plupart des spécialistes pratiquent d'une façon courante l'intervention immédiate et possèdent chacun de nom-

breuses observations montrant les résultats remarquables de cette méthode.

Au stade phlegmoneux, la résolution simple de la fluxion est une hypothèse à écarter systématiquement, l'essayer est impossible et dangereux. Tous les médecins doivent être, désormais, convaincus de l'opportunité d'une intervention précoce basée sur la pathogénie même de l'affection ; et l'on doit, comme disait le D^r Sauvez, « en être d'autant plus partisan que les accidents locaux et généraux sont plus intenses ».

Enfin, c'est au médecin que revient le rôle de lutter contre le préjugé populaire qui, trop souvent, empêche le malade de venir le consulter en temps voulu.

2° L'INTERVENTION EN ELLE-MÊME

En face d'un malade atteint de fluxion, le premier soin du praticien sera *de rechercher la dent malade*, de l'examiner et d'en déduire si la dent peut, oui ou non, être conservée, par suite s'il doit adopter le traitement conservateur ou pratiquer l'extraction immédiate de la dent en cause.

Par quoi sera-t-il guidé pour prendre rapidement cette décision ?

D'abord par l'état de la dent : la dent atteinte de carie au quatrième degré peut présenter une cavité plus ou moins grande; la couronne peut être détruite en partie ou en totalité et la pulpe plus ou moins infectée ; parfois il ne reste plus que les racines. La cavité et la chambre pulpaire communiquent tantôt sans ligne de démarcation, tantôt par un pertuis à peine visible, d'où la nécessité

que la cavité soit largement ouverte pour faire franchement le diagnostic. Enfin la sonde, par l'odeur fétide dont elle s'imprégnera, renseignera sur le degré d'infection.

Son attention devra de plus être attirée sur l'esthétique, qu'il importe, dans la mesure du possible, de conserver chez les sujets jeunes, les femmes, les enfants, etc... Dans tous les cas de phlegmasie fluxionnaire occasionnée par une des six dents antérieures, nous devons nous efforcer de conserver ces organes. Plus nous avancerons vers le fond de la bouche, moins nous aurons à nous occuper de cette question d'esthétique.

Enfin, la décision que le praticien est appelée à prendre peut également être modifiée par la situation sociale du malade qui vient réclamer ses soins. Prenons, par exemple, un malade qui se présente à l'hôpital avec des phénomènes de fluxion phlegmoneuse, c'est un ouvrier dont le temps et les déplacements sont comptés, il souffre et nous sommes intimement convaincus que nous ne le reverrons pas lorsqu'il ne souffrira plus. Dans ce cas, il y a humanité, laissant de côté tout point de vue esthétique, à le débarrasser de la dent incriminée et nous ferons l'extraction immédiate. Si un spécialiste a, au contraire, affaire à un client qui reviendra sur ses indications, le traitement conservateur, s'il est possible, sera immédiatement indiqué.

D'après ces considérations, rapidement un des deux modes d'intervention immédiate sera décidé.

Ce sera :

a) pour conserver la dent : la trépanation et le drainage radiculaire pour atteindre le foyer de l'infection ;

b) l'extraction immédiate de la dent, entourée des

précautions aseptiques et antiseptiques indispensables pour éviter toute complication post-opératoire.

Nous allons envisager et étudier successivement ces deux méthodes d'intervention.

a) *Traitement conservateur*

Le seul traitement qui permettra d'atteindre le foyer d'infection d'une manière efficace, c'est la *trépanation de la dent et le drainage par les canaux radiculaires*.

Déjà, en 1892, le D^r M. Pollosson (1), reprenant les idées de Magitot, préconisait la trépanation de la dent au collet comme moyen d'évacuer le pus des abcès d'origine dentaire, dans le cas où la dent pouvait être conservée et publiait deux observations intéressantes à ce sujet.

Actuellement, la méthode de Buckley est la plus employée. Nous n'entrerons pas dans les détails de technique opératoire, nous nous bornerons au principe de cette intervention :

C'est pour avoir un accès facile aux canaux et pouvoir procéder à leur drainage qu'il est nécessaire de trépaner la dent. « Il faut ouvrir largement la cavité, la débarrasser de la carie et découvrir la chambre pulpaire. On placera dans celle-ci un tampon de coton, imbibé d'un mélange de tricrésol-formol et on fixera pour 24 heures ce pansement avec de la gutta, sans faire pression. A la deuxième séance seulement, on s'attaquera sérieusement à l'exploration, à l'agrandissement et au pansement de

(1) M. POLLOSSON: Du traitement de certains abcès aigus d'origine dentaire par trépanation de la dent au collet (*Archives provinciales de Chirurgie*, 1892).

ces canaux, que l'on découvrira facilement en tamponnant le fond de la cavité avec de l'eau oxygénée.

Pour vider l'intérieur des canaux des débris qu'ils renferment, on évitera d'enfoncer les tire-nerfs trop brusquement, de crainte que l'instrument, faisant piston, ne vienne à refouler au-delà de l'apex les matières septiques » (1).

En dehors du traitement exclusif de la dent, on fera de l'antisepsie buccale (lavages fréquents avec une solution chloratée par exemple) et on calmera les douleurs, si elles sont trop violentes et troublent le sommeil, en donnant à l'intérieur du chloral, de l'opium ou de la morphine. Dans l'intervalle des bains de bouche, le malade pourra maintenir dans le vestibule buccal de petits rouleaux de ouate imprégnée d'une solution antiseptique. Mais : jamais de cataplasmes, jamais de compresses humides, même aseptiques ou antiseptiques, appliquées sur la peau, sous peine de voir, dans la suite, l'abcès s'ouvrir au dehors.

Dans les cas de fluxions survenant à la suite de l'obturation précipitée d'une dent cariée incomplètement désinfectée, le traitement sera absolument identique.

Signalons que certains auteurs, dans les cas où la dent pouvait être conservée, ont tenté l'incision précoce pour aider le pus dans sa marche. Cette pratique est à rejeter, car menaçant le foyer d'infection qui se trouve à l'apex de la racine, elle peut amener toute la gamme des complications que nous avons étudiées.

En ce qui concerne le cas un peu spécial des fluxions

(1) DENT : Précis des maladies des dents et de la bouche.

qui accompagnent l'évolution des dents de sagesse, le traitement est peu différent. L'infection n'est-elle pas là aussi à la base de ces accidents ? Dans les cas bénins, on peut éviter ou du moins différer l'extraction de la dent, mais il faut avoir recours à un traitement chirurgical : à des incisions précoces au thermo-cautère ou au galvano-cautère et ordonner l'antisepsie buccale raisonnée. Si l'on ne peut obtenir la sédation des accidents par ces moyens, il ne faudra pas hésiter à pratiquer l'extraction de la dent.

b) *Extraction précoce de la dent*

Nous ne décrivons pas la technique de cette opération qui ne présente rien de particulier dans les cas de fluxions, ni les précautions aseptiques à prendre. Disons toutefois que cette extraction doit être *complète*, car il est indispensable d'atteindre et d'ouvrir le centre de l'infection situé au fond de l'alvéole.

Après l'opération : faire des lavages et des injections antiseptiques dans l'alvéole et laisser saigner. Pratiquer une antisepsie rigoureuse jusqu'à ce que la cicatrisation de la plaie soit assurée. Le D^r Pont préconise les lavages de la bouche avec du sérum physiologique pour favoriser cette cicatrisation. Quant à la fluxion, elle disparaît rapidement après l'extraction en même temps que les douleurs et les phénomènes généraux concomitants.

Répetons que cette extraction doit être faite le plus tôt possible, elle sera de ce fait rarement suivie de douleurs. Toutefois, si ces douleurs se produisaient, on les calmerait en faisant des lavages avec une solution chaude d'acide phénique et en tamponnant l'alvéole avec un coton imbibé du mélange suivant :

Acide phénique	1 gr.
Cocaïne	0 gr. 50
Laudanum	2 gr.
Chloroforme	10 gr.
Alcool à 90°	20 gr.

(D^r PONT).

Il existe quelques contre-indications de l'extraction, contre-indications d'ailleurs faciles à concevoir, puisqu'elles résultent du mauvais état général du malade. C'est ainsi que l'on sera très prudent lorsqu'il s'agira d'opérer un hémophile, un hépatique ou un diabétique ; chez les albuminuriques, on prendra les précautions nécessaires en vue d'une crise possible. Pendant la grossesse, il vaut mieux s'abstenir, mais la lactation et la période menstruelle ne constituent pas une cause de contre-indication.

Une des raisons invoquées par les adversaires des idées du D^r Mendel, lors du troisième Congrès dentaire national, pour soutenir la valeur de l'avulsion tardive, était d'accuser l'extraction précoce d'amener souvent des *complications post-opératoires graves*. Quelles sont donc les complications observées ? Tous les cas et les observations publiées les ramènent à deux : infection secondaire et hémorragie post-opératoire.

Avons-nous d'abord affaire là à des complications spéciales de l'avulsion précoce ? — Non, ce sont les mêmes accidents infectieux, les mêmes hémorragies secondaires qu'après certaines extractions dentaires — n'étant pas spéciales à l'avulsion précoce, elles ne peuvent en diminuer la valeur.

Toute circonscrite et spéciale que soit l'opération de l'extraction dentaire, elle n'en est pas moins une dépendance de la chirurgie générale. Certes, l'avulsion d'une dent dont la pulpe seule est atteinte n'est qu'une opération sans importance ; mais, lorsque la phlegmasie suppurative a gagné l'articulation alvéolo-dentaire, il est nécessaire d'observer d'une façon rigoureuse les précautions d'asepsie et d'antisepsie que réclame toute opération chirurgicale.

L'hémorragie consécutive à l'avulsion dentaire est, en général, peu abondante et s'arrête spontanément au bout de quinze à vingt minutes. Elle est utile, car elle sert à déblayer la grande masse du foyer infectieux ouvert par l'extraction et à diminuer l'état de congestion et de tension qui accompagne toute fluxion. Si elle persiste, elle peut devenir inquiétante et constituer alors un véritable accident dû, soit à un état local (congestion intense des tissus), soit à l'état général, chez les hémophiles, les hépatiques, les leucémiques, les anémiques dont le sang se coagule mal.

L'hémorragie peut également être secondaire, c'est-à-dire survenir au moment où le caillot se détache, quelques heures ou quelques jours après l'opération. Elle est presque toujours capillaire : le sang coule en nappe et un traitement est nécessaire car elle peut provoquer une anémie grave ou une syncope.

Le traitement consistera en lavages chauds à l'eau bouillie seule ou additionnée d'eau oxygénée. On peut encore bourrer dans l'alvéole de la gaze aseptique qui fait compression, mettre un bourrelet d'ouate par-dessus et demander au patient de serrer les mâchoires. On impré-

gnera, si l'on veut, le pansement compressif d'un hémostatique (solution d'adrénaline au 1/1.000^e, antipyrine en poudre ou en solution, etc...)

Ainsi toutes les objections formulées contre l'avulsion précoce tombent d'elles-mêmes devant les résultats obtenus et les nombreuses observations quotidiennes de guérison rapide grâce à cette intervention immédiate. Presque toujours, l'avulsion ainsi pratiquée jugulera l'infection ; les quelques cas de complications graves observés prouvent seulement que l'on a opéré ou trop tard, alors que l'infection s'était déjà diffusée, ou chez un malade dont l'état général contre-indiquait toute opération chirurgicale.

N'est-ce pas là un traitement vraiment rationnel ! L'étude de la pathogénie des fluxions dentaires nous a amené à le conclure et, en reprenant la comparaison de la fluxion et du panaris nous nous demandons logiquement pourquoi nous pourrions hésiter à supprimer précocement une dent irrémédiablement condamnée qui joue dans l'évolution de la phlegmasie fluxionnaire le même rôle que l'écharde dans le panaris, puisque dans cette dernière affection, c'est là le premier soin du chirurgien. *Sublata causa tollitur effectus* : par l'extraction immédiate, on supprime rapidement la cause de la fluxion, c'est-à-dire cette dent à la pulpe mortifiée et infectée, « cette fabrique, cette usine d'infection », comme disait le D^r Mendel.

CONCLUSIONS

I. — La carie dentaire est une affection microbienne des tissus durs de la dent qui amène à son dernier stade (4° degré) l'infection et la nécrose de la pulpe. Les complications de la carie au 4° degré sont l'infection des tissus périodontaires se traduisant objectivement par la fluxion et l'abcès.

II. — La fluxion dentaire, dans son premier stade, est œdémateuse et peut se terminer par la résolution, mais le plus souvent, surtout si aucun traitement n'est institué, elle devient phlegmoneuse et entraîne des complications graves, quelquefois même fatales.

III. — D'après l'opinion populaire, tout malade atteint de fluxion dentaire doit simplement garder la chambre et s'abstenir de tout traitement chirurgical immédiat. Le but de ce travail est de montrer l'erreur et les dangers de cette opinion néfaste, malheureusement trop répandue.

IV. — Les praticiens doivent abandonner leurs idées préconçues nées de ce même préjugé et instituer, dès le début de la fluxion, un traitement approprié à l'état de la dent en cause.

V. — En face d'un malade atteint de fluxion, il faut :

a) rechercher la dent malade :

b) conserver la dent si le traitement conservateur est possible : trépanation et drainage par le canal radiculaire :

c) si le traitement conservateur est impossible ou contre-indiqué pour une raison quelconque, pratiquer l'extraction immédiate de la dent, en observant toutes les précautions antiseptiques et aseptiques indispensables et en la faisant suivre d'un traitement antiseptique de l'alvéole infectée, afin d'éviter toute complication post-opératoire.

Ces deux traitements seuls nous permettront d'atteindre directement le foyer d'infection et, par conséquent, d'éviter les complications graves parfois mortelles.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
COLLET.

Vu :

LE DOYEN,

L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 12 juin 1920.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,

P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- BLUM. — Origine dentaire de l'angine de Ludwig et des adénites tuberculeuses cervicales (*Thèse de Paris*, 1900).
- BUCKLEY. — Maladies de la pulpe (*Province Dentaire*, Lyon 1912).
- CAPDEPONT. — Accidents de la dent de sagesse (*Revue de Stomatologie*, 1901).
- CORNUDET. — Accidents des dents de sagesse (*Thèse de Paris* 1887).
- DALBAN. — De l'influence des dispositions anatomiques sur la marche des abcès dentaires (*Thèse de Paris* 1902).
- FOURQUET. — Les arthrites alvéolo-dentaires (1910).
- FREY. — Pathologie des dents et de la bouche.
- FRITEAU. — Manuel du chirurgien-dentiste.
- HELLION. — Etude sur la résolution par la photothérapie des fluxions dentaires (*Thèse de Paris* 1903).
- MAGITOT. — Article fluxion, article dent, article bouche (*Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*).
- MENDEL (J.). — Sur l'opportunité de l'avulsion dentaire précoce ou tardive dans la périodontite suppurée aiguë (Troisième Congrès Dentaire National). (*Journal l'Odontologie*, 15 novembre 1897).
- NOGUÉ et GAILLARD. — Stomatologie.
- NUYTS. — Arthrite alvéolo-dentaire (*Thèse*, 1895).
- POLLOSSON (M.). — Du traitement de certains abcès aigus d'origine dentaire par trépanation de la dent au collet (*Archives provinciales de Chirurgie*, 1892).
- PONT. — Précis des maladies des dents et de la bouche (Collection Testut). (A l'impression.)
- PONT. — Deux cas de fistule dentaire consécutive à une nécrose de la pulpe par traumatisme (*Journal l'Odontologie*, 15 décembre 1900).
- SAUVEZ. — De l'intervention dans les cas d'abcès et de fluxion. Communication au Congrès Dentaire National de Lyon de 1898 (*Journal l'Odontologie*, 1898-99).
- TELLIER. — La pyorrhée alvéolaire, ses origines, ses conséquences locales et générales (Rapport présenté au deuxième Congrès de Stomatologie, Paris 1911).
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
AVANT-PROPOS	8
CHAPITRE PREMIER. — <i>Etude des fluxions dentaires</i>	13
1. Définitions de la carie et de la fluxion.....	13
2. Etiologie	15
3. Pathogénie	18
4. Anatomie pathologique	21
5. Bactériologie	22
6. Symptômes	22
7. Marche et terminaison.....	24
8. Complications	24
CHAPITRE II. — <i>Traitement des fluxions dentaires</i>	27
1. Fluxion œdémateuse	27
2. Fluxion phlegmoneuse	28
1° Opportunité de l'intervention précoce.....	28
2° L'intervention en elle-même.....	29
a) Traitement conservateur	31
b) Extraction de la dent.....	33
CONCLUSIONS	37
